ITEM 220 : ADÉNOPATHIE SUPERCIELLE DE L'ENFANT

Seule la partie pédiatrique a été fichée ici. La fiche concernant l'adulte est disponible dans les CODEX d'hématologie et d'ORL.

- Très fréquente, souvent dans un contexte indemne de toute sévérité.
- Explorations seulement si ADP superficielles palpables ou ≥ 1 cm : examen clinique complet +/- EC.
- Surtout la **polyadénopathie** cervicale en hiver (épisodes rhinopharyngés).
- Consultation de spécialistes si adénopathie isolée, évolution chronique ou symptômes généraux associés.

DÉMARCHE CLINIQUE

Gravité

Signes d'alerte

- Signes généraux persistants.
- ADP **sus-claviculaire** (ou jugulocarotidienne basse).
- Caractère **volumineux, dur, fixé.**
- Augmentation progressive de taille **> 3 semaines.**

Situations d'urgence

- **Phénomènes compressifs** : ADP profondes, tumeurs primitives ou atteintes des séreuses.

Masses cervicales obstructives : compression des VAS, dysphagie.

Masses médiastinales :

- Compression des voies aériennes : toux prolongée, orthopnée, dyspnée d'effort puis de repos.
- Syndrome cave supérieur : céphalées, somnolence, troubles visuels, œdème facial et des paupières, dilatation des veines jugulaires et circulation veineuse collatérale thoracique, cyanose de la partie supérieure du corps.
- Épanchement pleural et/ou péricardique.

Masses abdomino-pelviennes :

- OMI : ADP rétropéritonéales.
- Invagination intestinale aiguë : ADP mésentériques.
- Anurie (obstacle bilatéral sur les voies urinaires).

- **Signes systémiques de sévérité** :

- Fièvre élevée mal tolérée, anormalement rebelle.
- Douleurs.
- Signes neurologiques centraux.
- Pâleur, syndrome hémorragique, douleurs osseuses.
- Hépatosplénomégalie.

→ **Hospitalisation** et enquête complète (biologie, imagerie, examen histologique).

Clinique

Anamnèse

- **Contexte** : âge, épisodes récents d'infections des VAS, contact avec des animaux, exanthème fébrile, vaccination récente (BCG), prises médicamenteuses (antiépileptiques et antibiotiques).
- **Chronologie de découverte** : date de survenue et délai par rapport au 1er examen médical, topographie initiale et modalités évolutives (réponse aux TTT entrepris…)
- **Signes associés** :
  - **Généraux** : fièvre (& durée), asthénie, perte d'appétit, amaigrissement.
  - **Fonctionnels** : douleurs pharyngées, odynophagie, douleurs abdominales, dyspnée, douleurs thoraciques, douleurs articulaires/osseuses, prurit.

Examen des ADP

- Siège : localisé ou généralisé
- Caractéristiques : **taille, consistance, sensibilité, mobilité** (adhérences superficielles/ profondes)**, aspect de la peau en regard** (inflammation, fistulisation ?)
- **Schéma daté.**

Examen régional et général

- **Territoires de drainage** :
  - Cervical : sphère ORL, face, cuir chevelu.
  - Axillaire : membres supérieurs et paroi thoracique.
  - Inguinal et rétrocrural : membres inférieurs et périnée.
  - Sus-claviculaire = toujours pathologique : médiastin, étage sous-diaphragmatique.
- **Autres organes lymphoïdes** : amygdales, foie, rate.
- **Examen général** : pâleur, purpura, exanthème, énanthème, masse abdominale, syndrome compressif, signes neuro (signe de localisation, syndrome pyramidal).

DD

- **Tout** territoire : neurinome, fibrome, lipome.
- ADP **cervicale** : glande salivaire, kyste thyréoglosse, lymphangiome kystique, kyste dermoïde, nodule thyroïdien.
- ADP **inguinale** : hernies (notamment ovarienne), kyste du cordon spermatique, testicule ectopique.

→ Si doute = **échographie des parties molles.**

ÉTIOLOGIES

Selon le caractère isolé/multiple de l'adénopathie et le contexte global.

Contexte infectieux +++

- Étiologies les plus fréquentes, infection locorégionale ou générale (virale en 1° lieu).
- Contexte infectieux banal : Ganglions cervicaux antérieurs < 10 mm, souples, non fixés au plan sous-jacent : fréquentes polyadénopathies cervicales en hiver sur infections ORL+++.
- Fièvre, signes inflammatoires généraux ou locaux régionaux.
- Éruption cutanée spécifique.

R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT

<table>
<tr><td rowspan="5">ÉTIOLOGIES</td><td rowspan="2">Contexte infectieux +++</td><td>Adénite isolée</td><td>- Recherche d’une infection locale dans la zone de drainage, pathologie d’inoculation, lymphangite…
- Pyogènes : streptocoques, staphylocoques.
- Tuberculose/BCGite, mycobactéries atypiques, zona, toxoplasmose…
- Maladie des griffes du chat (bartonellose), pasteurellose, tularémie, leishmaniose.</td></tr>
<tr><td>Polyadénite</td><td>- Étiologies : viroses, parasitoses ou bactéries atypiques.
- Avec éruption : rubéole, VIH, adénovirose, rougeole, varicelle, parvovirus B19.
- Avec splénomégalie : trypanosomiase, leishmaniose, Kala-azar.
- Avec syndrome mononucléosique : MNI, VIH, CMV, toxoplasmose.
- Fièvre typhoïde, brucellose.</td></tr>
<tr><td>Contexte tumoral</td><td colspan="2">- Adénopathie froide isolée d’évolution plus chronique (> 2 mois).
- AEG, sueurs, prurit, douleurs osseuses.
- Signes de compression locale ou syndrome tumoral.
- Signes d’insuffisance médullaire.
→ Leucémies aiguës lymphoblastiques ou myéloblastiques, lymphome (Hodgkinien et non hodgkinien), métastases de tumeurs solides.
→ Attention : tableau d’ADP inflammatoires possibles pour le lymphome de Hodgkin et le lymphome anaplasique à grandes cellules (contre-indication d’une corticothérapie sans Dg précis).</td></tr>
<tr><td>Contexte inflammatoire</td><td colspan="2">- Signes généraux et/ou atteinte multiorgane avec récurrence.
- Fièvre, aphtose, arthralgies, douleurs osseuses, signes cutanés/digestifs, hépatosplénomégalie.
→ Granulomatoses (sarcoïdose, histiocytose), déficits immunitaires, maladies inflammatoires systémiques : Sd de Kawasaki, arthrite chronique juvénile (maladie de Still), lupus.</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="2">- Maladie de surcharge : adénopathie et/ou hépatosplénomégalie.
- Toxicité médicamenteuse : antiépileptiques, antibiotiques…
- DRESS syndrome : fièvre, rash cutané, myalgie, Sd inflammatoire biologique, hyperéosinophilie, Sd mononucléosique (lymphocytes activés).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DEMARCHE DIAGNOSTIQUE</td><td>Localisée et inflammatoire</td><td colspan="2">- Souvent adénite bactérienne d’une infection de proximité (ORL, stomatologique ou cutanée).
- Prélèvement bactériologique de la porte d’entrée + NFS/CRP (orientation infectieuse et suivi).
- Avis ORL si ADP cervicale sans orientation étiologique : ponction de l’ADP +/- évacuation de pus (bactériologique et cytologique).
- Sérologie Bartonella henselae (griffes du chat) ou IDR/IGRA selon le contexte.
- ATB probabiliste par amoxicilline-acide clavulanique +++ (couvre streptocoque, staphylocoque, Pasteurella, anaérobies) puis à adapter en fonction du germe.
- Si échec de l’ATB : biopsie-exérèse nécessaire (lymphome ou tuberculose), ++ si ADP > 1-2 cm.
- Pas de corticothérapie probabiliste : possibles LH et lymphome anaplasique à grandes cellules de présentation inflammatoire (corticosensibles : risque de négativation d’examen anapath).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Localisée et non inflammatoire</td><td>Critères de gravité</td><td>- Phénomène compressif.
- Signes systémiques de gravité ou signes généraux persistants.
- Ganglion sus-claviculaire (ou jugulo-carotidien bas situé).
- Ganglions volumineux/dur/fixé.
- Évolution > 3 semaines sans régression.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Si pas de critère de gravité :
➙ 1re intention : NFS/CRP, sérologie EBV, CMV, toxoplasmose, parvovirus B19.
➙ Si persistance de l’ADP > 3 semaines sans diagnostic : avis spécialisé pour éventuelle cytoponction ou biopsie ganglionnaire (notamment si ADP > 1-2 cm).

- Si au moins un critère de gravité :
➙ Avant biopsie exérèse : NFS/frottis sanguin, LDH, VS, CRP, IDR, IGRA.
+ imagerie TAP (si ADP profondes voir l’algorithme « ADP disséminées »).
➙ Biopsie exérèse (indispensable même si cytoponction préalable) : histologie (recherche de cellules de Reed-Sternberg : LH), microbiologie (recherche de BAAR) +/- immunohistochimie, +/- cytogénétique +/- biologie moléculaire (lymphome, tumeurs solides ou mycobactérioses).</td></tr>
<tr><td>Disséminées</td><td colspan="2">- 1re intention : NFS + frottis sanguin :
➙ Si Sd mononucléosique (étiologie infectieuse +++, rare DRESS) : sérologie EBV (IgM), CMV, toxoplasmose, parvovirus B19 +/- VIH-1.
➙ Si cytopénie(s) ou cellules anormales au frottis : myélogramme (hémopathie maligne +++).
➙ Si NFS normale : si persistance des ADP sans argument pour une maladie systémique/infl° = discuter une cytoponction/biopsie-exérèse (lymphome ou tuberculose ganglionnaire).</td></tr>
</table>

PARACLINIQUE	- Guidée par le contexte selon l'orientation diagnostique après examen clinique. - Aucun examen complémentaire si contexte de virose ORL banale.	
	Hémogramme	- Polynucléose neutrophile ? - Cytopénie ? - Cellules tumorales circulantes ? - Syndrome mononucléosique ?
	CRP	- Si étiologie inflammatoire/infectieuse.
	LDH	- Si suspicion de tumeur ou d'hémopathie/
	IDR tuberculine	- Selon l'orientation.
	Sérologies	- EBV, CMV, toxoplasmose si polyadénopathie sans orientation ou selon le contexte. - *Bartonella henselae* si suspicion de maladie des griffes du chat ou adénopathie unique sans orientation.
	Échographie	- Siège de l'adénopathie. - Abdominale à la recherche d'un syndrome tumoral.
	Cytoponction	- À discuter selon l'orientation diagnostique et/ou documentation. - /!\Une cytoponction normale n'élimine pas un lymphome : biopsie indispensable si ADP chronique et suspicion de pathologie maligne.
	Radio thoracique	- Élargissement du médiastin ? - Infection ?
	Biopsie	- Moins systématique que chez l'adulte, rarement en 1re intention. - Réalisée en 2de intention en l'absence d'orientation claire : • ADP isolée < 1-2 cm : surveillance. • ADP isolée > 1-2 cm inflammatoire : traitement d'épreuve par antibiotiques ou ponction. • **Si ADP isolée > 1-2 cm indolore** : ponction voire biopsie (sous AG).